

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — С.14-18.
2. *Айламазян Э.К.* Основные проблемы и прикладное значение экологической репродуктологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. — Т. 54, вып. 1. — С.7-13.
3. *Бруй Б.П., Дмитриев В.И.* О влиянии социальных и медико-демографических факторов на уровень рождаемости в России // Здоровоохранение Российской Федерации. — 1998. — № 2. — С.20-23.
4. *Бойко Е.Р.* Физиолого-биохимические основы жизнедеятельности человека на Севере. — Екатеринбург, 2005. — С.12-24.
5. *Капелюшников Р.И., Вишневецкая Н.Т.* Феномен российской безработицы: динамика, структура, специфика. — М., 2003. — С.74-101.
6. *Корсак В.С.* Влияние экологии крайнего севера Тюменской области на репродуктивное здоровье женщин // Проблемы репродукции. — 2002. — № 2. — С.40-42.
7. *Михеенко Г.А., Шаталова Е.В.* Влияние социально-экономических факторов на формирование гестоза // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 3. — С.20-23.
8. *Протопопова Н.В.* Особенности течения беременности и родов у беременных низкого акушерского и перинатального риска // Сиб. мед. журнал (Иркутск). — 2005. — №7. — Прил. 1. — С.40-43.
9. *Сивочалова О.В.* Риск нарушений репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов // Журнал акушерства и женских болезней. — 2005. — Т. 54, вып. 1. — С.42-49.
10. *Шамина И.В., Рудакова Е.Б.* Современные методы оценки репродуктивного здоровья жительниц Тюменского севера // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2007. — № 3. — С.26-34.

Адрес для переписки:

664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100.

Протопопова Наталья Владимировна - зав. кафедрой акушерства и гинекологии, профессор.

© ОКЛАДНИКОВ В.И. — 2008

ГИПОТЕЗА «ОБЩЕГО КОНЕЧНОГО ПУТИ» ДЕЙСТВИЯ НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА «ТАНАКАН»

В.И. Окладников

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра нервных болезней, зав. — д.м.н., проф. В.И. Окладников)

Резюме. Анализ клинических эффектов действия ноотропного препарата “танакан” позволяет выдвинуть гипотезу о существовании “общего конечного пути” его действия, связанного с функциональной перестройкой основных нейропсихологических блоков головного мозга. Эта гипотеза дополняет ранее сформированные представления о нейромедиаторном и нейропластическом механизмах действия психотропных препаратов.

Ключевые слова: танакан, механизм действия.

THE “GENERAL FINAL PATHWAY” HYPOTHESIS OF NOOTROPICAL PREPARATION “TANAKAN” ACTION

V.I. Okladnikov

(Irkutsk State Medical University)

The analysis of clinical effects of nootropic preparation “tanakan” action allows to formulate a hypothesis of existence of “general final pathway”, its action connected to functional reorganization of basic neuropsychological blocks in central nervous system. This hypothesis supplements representation formatted earlier about neuromediator and neuroplastic mechanisms of psychotropic drugs action.

Key words: tanakan, mechanism of action.

Нарушение деятельности головного мозга включает несколько составляющих. Профессор Х.Г. Ходос [5] описал клинические проявления несовершенства онтогенеза нервной системы, обусловленные нарушением процесса миелинизации. Описан также каскад патобиохимических реакций, приводящий к функциональной дедифференциации нейронов [1].

Реорганизация нейрональных процессов также включает совокупность ряда механизмов (нейропротективных, нейромедиаторных, нейропластических, интегративных) [3,4].

Активация репарационных процессов в головном мозге в настоящее время достигается с помощью нейрометаболических церебропротекторов или ноотропных препаратов (“ноос” - мышление, “тропос” - стремление). Общим свойством этой группы лекарственных средств является стимуляция обменных процессов в нервной системе, оптимизация обмена веществ.

Особое место в списке препаратов ноотропного действия занимает танакан. Это — препарат растительного происхождения (экстракт гинкго билоба), не имеющий противопоказаний, совместимый с другими лекарственными веществами. Танакан улучшает кровообращение головного мозга, повышает снабжение мозга кислородом и глюкозой, нормализует метаболизм, пре-

пятствует образованию свободных радикалов, усиливает эффект нейромедиаторов (норадреналина, дофамина, ацетилхолина, серотонина). Препарат повышает венозный тонус, уменьшает проницаемость стенки сосудов, оказывает противоотечное и антиагрегантное действие.

Целью исследования было уточнить механизмы адаптационного и восстановительного действия танакана на неврологические показатели и психическое состояние исследуемых в условиях нормы и при психосоматической патологии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением 34 пациента с целью улучшения адаптации принимали препарат танакан в течение 1-3 месяцев. Танакан назначался всем пациентам внутрь в таблетках по 40 мг три раза в день во время еды. В группе исследованных было 24 женщины и 10 мужчин. Возраст большинства исследованных 22-35 лет, образование у большинства респондентов — высшее.

Методы исследования кроме изучения неврологического статуса включали МРТ, ЭЭГ (по показаниям), психологическое тестирование (тесты Спилберга-Ханина, Люшера, Сонди, персониграмма — краткий тест приведен в приложении), таблицу выявления признаков вегетативных изменений А.М. Вейна, опросник стрессогенных событий Холмса-Рея, математическую обработку методом Хи-квадрат. Значимыми стали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

12 респондентов — были здоровы, жалобы на состояние здоровья отсутствовали, неврологический статус — без патологии, сумма баллов по шкале вегетативных нарушений менее 25, психический статус без патологии. Социальная адаптация — полная.

Состояние 14 обследованных расценено как предболезнь, они предъявляли невротические жалобы, имел место синдром вегетативной дистонии (сумма баллов более 25), по тесту Люшера выявлены паттерны тревоги и стресса, средний уровень личностной и реактивной тревожности по тесту Спилберга (31-45 баллов), социальная адаптация была расценена как напряженная.

У 8 обследованных установлены неврологические заболевания: невращения — 1 пациент, тик — 1, резидуальная энцефалопатия — 1, мигрень и панические атаки — 3, сотрясение головного мозга — 1, доброкачественное системное головокружение — 1. В неврологическом статусе выявлена рассеянная органическая симптоматика, СВД — более 30 баллов, высокий уровень личностной и реактивной тревожности (более 45 баллов), деструктивный паттерн по тесту Сонди. Социальная адаптация была предельно напряжена, хотя пациенты сохраняли трудоспособность.

Персонограмма пациентов на фоне приема танакана выявила следующую динамику:

1) усиление психических функций: сенсорики — 8, логики и интуиции — 4, этики — 3, иррациональности и интуиции — 1 (всего 17 наблюдений).

2) нормализация психических функций со снижением их значений: рациональности — 3, логики — 2, сенсорики, этики и интуиции — 1 (7 случаев).

3) достижение показателей “абсолютной нормы” по функциям сенсорики — 4, экстраверсии — 3, рациональности — 2, логики — 1 и этики — 2 (12 наблюдений). Сравнительный анализ групп “нормы” и “патологии” по критерию хи-квадрат выявил достоверное различие (хи-квадрат = 3,97, $p < 0,05$).

В группе здоровых респондентов и в группе обследованных с состоянием предболезни эффект танакана по данным персонограммы проявляется нормализацией характеристик психических функций (улучшением адаптации), как правило, без смены психофизиологического типа. Приведем клинический пример.

Наблюдение № 10. Пациентка В., 23 лет, учащаяся постдипломного образования. Психически и соматически здорова. Отмечает редкие головные боли. По шкале стрессогенных жизненных событий — 81 балл. По признакам вегетативных изменений — 18 баллов. Личностная тревожность 43 балла, реактивная тревожность — 40 баллов. Неврологической патологии не выявлено. По тесту “персонограмма” психофизиологический тип — рациональный логико-сенсорный экстраверт (ЛСЭ). На фоне приема танакана выявлена нормализация функций рациональности и логики, по функции логики достигнуто состояние “абсолютной нормы”. Субъективное состояние улучшилось. Респондентка взяла тему для научной работы.

В группе пациентов с неврологической патологией эффект танакана может проявляться как нормализацией персонограммы без смены психофизиологического типа, так и со сменой типа личности (с восстановлением преморбидного психического статуса). Пример нормализации состояния пациента без смены психофизиологического типа.

Наблюдение 31. Пациентка К., 17 лет. Диагноз: резидуальная энцефалопатия, тревожно-астенический синдром. Жалобы на эмоциональную лабильность, головные боли сжимающего характера, чувство дискомфорта в животе, онемение и похолодание кистей и стоп, конфликтные отношения с окружающими. В неврологическом статусе — рассеянные неврологические симптомы. Шкалы СВД — 34 балла, стрессогенных жизненных событий — 61, высокий балл личностной (55) и реактивной (49) тревожности. По тесту Сонди — склонность к вспышкам агрессии, высокая тревожность, ощущение “последнего рубежа”. Психофизиологический тип — рациональный эмоционально-интуитивный экстр

верт (ЭИЭ) с амальгамированием функции рациональности (дезадаптивный вариант демонстративного типа личности). На фоне 2-х месячного приема танакана улучшилось субъективное состояние, установлено снижение личностной и реактивной тревожности (49 и 30 баллов соответственно). На персонограмме — “абсолютная норма” функций рациональности и этики. Психофизиологический тип не изменился.

Пример нормализации персонограммы со сменой типа личности.

Наблюдение 9. Пациентка Т., 19 лет, студентка ВУЗа. Обратилась на прием через 3 дня после ЧМТ (автомобильная авария). Диагноз: сотрясение головного мозга легкой степени. Жалобы на головную боль, общее недомогание, головокружение, расстройство речи типа заикания. В неврологическом статусе: сглаженность левой носогубной складки, гиперрефлексия справа, лабильность вазомоторов, интенсивный красный дермографизм. ЭЭГ: умеренные общемозговые изменения, признаки дисфункции верхнестебельных структур головного мозга, усиление синхронизирующих влияний таламических структур. По тесту Сонди: придирчивость к окружающим, агрессивность, тревожная неуверенность, угрюмость, ощущение “последнего рубежа”. По тесту Люшера: состояние стресса и тревоги. Персонограмма: дезадаптивный вариант иррационального сенсорно-логического интроверта (амальгамирование иррациональности) (СЛИ). 2-х месячное лечение танаканом привело к улучшению субъективного состояния, пациентка вернулась к учебе. Повторное исследование персонограммы показало изменение психофизиологического типа на рациональный логико-интуитивно-экстравертированный тип (ЛИЭ) с достижением “абсолютной нормы” функции экстраверсии. Этот тип личности в большей мере соответствует преморбидному психофизиологическому состоянию пациентки.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что танакан нормализует психофизиологические функции как в норме, так и при неврологической патологии. Этот процесс обусловлен чаще повышением выраженности психических функций, реже — снижением их “яркости” до нормального уровня. При этом достижение показателей “абсолютной нормы” значимо более выражено в группе респондентов с патологией. В основе этих явлений может лежать нормализация *нейромедиаторных процессов*. Одновременное существование *нейропластического механизма* действия препарата подтверждается медленным развитием терапевтического эффекта и длительным эффектом последствия. Однако приведенные данные говорят также о существовании еще одного механизма действия танакана.

Мы выдвигаем гипотезу существования “общего конечного пути” действия ноотропного препарата. Термин “общий конечный путь” ввел Ч.С. Шеррингтон при изучении нейромоторной функции.

Общий конечный путь действия психотропного препарата состоит в функциональной перестройке *нейропсихологических блоков* головного мозга, этот процесс может быть выявлен с помощью исследования типа личности (персонограммы) пациента в процессе лечения. Аналогичные эффекты были показаны ранее для психотропных средств, действующих на холин-, ГАМК-, катехоламин- и серотонинергические системы головного мозга [2]. Асимметричное равновесие функциональных блоков, описанных школой академика А.Р. Лурии (блоки активации; программирования и контроля; получения, хранения и воспроизведения информации; а также блок межполушарного взаимодействия), играет важную роль в формировании типа личности и в процессах личностно-соматической интеграции [2]. Детальное изучение закономерностей функционирования “общего конечного пути” действия психотропных препаратов позволит разработать методы целенаправленного управления психическими функциями как в норме (улучшение адаптации с достижением нормальных показателей), так и при неврологической патологии (нормализация психологических данных и восстановление преморбидного психофизиологического типа) с целью улучшения личностно-соматической интеграции.

**КРАТКИЙ ТЕСТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА ЛИЧНОСТИ И ЕГО
АДАПТАЦИОННОГО СОСТОЯНИЯ**

ФИО, пол, возраст, диагноз _____

Ответьте на вопрос и оцените свой ответ в баллах

	<i>Составляете ли Вы подробный план своей деятельности?</i>	
Да, обязательно подробно планирую	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Нет, могу сразу взяться за работу, даже за несколько дел
	<i>От каких событий больше пользы ?</i>	
Запланированных	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Незапланированных, неожиданных
	<i>Меняете ли Вы свои решения?</i>	
Редко	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Часто
	<i>Часто ли Вы рассчитываете на случайную удачу?</i>	
Редко	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Часто
	<i>Каким Вы считаете себя человеком?</i>	
Аккуратным	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Капризным
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сумма баллов, деленная на пять, выявляет	<i>рациональность или иррациональность</i>	
	<i>Чему Вы отдаете предпочтение?</i>	
Интересам дела	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Чувствам людей
	<i>Чувствуете ли Вы настроение других людей?</i>	
Не всегда	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Очень хорошо
	<i>Склонны ли Вы отстаивать свои взгляды или проявляете уступчивость ради сохранения хороших отношений?</i>	
Упорно отстаиваю свое мнение	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Проявляю уступчивость, дипломатичность
	<i>Любите ли Вы проявлять родственные чувства в отношениях с близкими или проявляете сдержанность?</i>	
Проявляю сдержанность	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Проявляю сердечность
	<i>Каким человеком Вы себя считаете?</i>	
Хладнокровным	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Вспыльчивым
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сумма баллов, деленная на пять, выявляет	<i>логику или эмоциональность (этику)</i>	
	<i>Считаете ли Вы себя человеком</i>	
Изобретательным	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Практичным
	<i>Чему Вы отдаете предпочтение?</i>	
Теоретическим вопросам	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Конкретным делам
	<i>Что для Вас проще?</i>	
Составить план какого-либо дела	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Претворить планы в жизнь
	<i>Доверяете ли Вы</i>	
Своим предчувствиям	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Своему опыту
	<i>Вы руководствуетесь в большей степени</i>	
Общими принципами	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Фактами
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сумма баллов, деленная на пять, выявляет	<i>интуицию или сенсорику</i>	
	<i>Легко ли Вы сходитесь и расстаетесь с людьми?</i>	
С трудом	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Да, легко
	<i>Любите ли Вы работать в коллективе ?</i>	
Нет, предпочитаю работать в одиночку	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Да, люблю
	<i>Любите ли Вы поговорить?</i>	
Нет, я "молчун".	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Да, я очень разговорчив(а).
	<i>Можете ли Вы разговаривать с незнакомым человеком?</i>	

С трудом	5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Легко
Сдержанный, скрытный	Вы человек скорее 5-4-3-2-1-0-1-2-3-4-5	Открытый людям
Сумма баллов, деленная на пять, выявляет	<input type="text"/> <input type="text"/>	интроверсию или экстраверсию

Определите тип личности, например, *рациональный логико-сенсорный экстраверт или иррациональный сенсорно-эмоциональный интроверт*

Определите адаптационное состояние. Если сумма баллов, деленная на пять, равна 3,8 – абсолютная норма, 3 – относительная норма, 2 – “размытая” норма, 1 – демпфирование, 4 – акцентуация, 5 – декомпенсированная акцентуация, если имеются признаки противоположной функции – амальгамирование, амальгамирование по двум или трем функциям – химеризация, амальгамирование по всем функциям – деперсонализация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 327 с.
2. Окладников В.И. Личностно-соматическая дезинтеграция. – Иркутск: Оттиск, 2007. – 294 с.
3. Поздеева Е.А. Гипотеза аффективных расстройств, основанная на нейропластичности. Новый взгляд на терапию депрессии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 1. – С.1-10.
4. Путилина М.В. Современные представления о ноотропных препаратах. <http://www.rusmg.ru/content.php?id=9451>
5. Ходос Х.Т. Малые аномалии развития и их клиническое значение. – Иркутск: Вост.-Сиб. книжн. изд-во, 1984. – 88 с.

Адрес для переписки:

© КЛИМЕНКО И.Г. – 2008

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕДИОПАТЕЛЛЯРНОЙ СКЛАДКИ – IINO BAND

И.Г. Клименко

(ГУ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, г. Иркутск, директор - член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Предложен новый способ клинической диагностики повреждения, одной из трех, наиболее часто травмируемых, постоянных синовиальных складок коленного сустава – медиопателлярной складки (МПС), позволяющий проводить более полное предоперационное планирование объема оперативного пособия. Данный прием был апробирован у 28 пациентов, с патологией переднего симптомокомплекса, нашедший свое подтверждение при артроскопическом обследовании и лечении коленного сустава.

Ключевые слова: медиопателлярная складка, диагностика, лечение.

THE METHOD OF DIAGNOSTICS OF PLICA MEDIOPATELLARIS INJURY - IINO BAND

I.G. Klimenko

(SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk)

A new method of clinical diagnostics of plica mediopatellaris injury is suggested. Plica mediopatellaris is one of three most frequently injured folds of knee joint. The new method allows more complete preoperative planning of surgical operation volume. The technique was approved in 28 patients with pathology of anterior symptom complex and was confirmed by arthroscopy and subsequent treatment of knee joint.

Key words: plica mediopatellaris, diagnostics, treatment.

Коленный сустав по частоте поражения и сложностям лечебно-диагностического процесса занимает одно из первых мест в травматологии и ортопедии взрослых. Начало 70-х годов предыдущего столетия характеризовалось активным изучением артроскопии во многих странах Европы. Вначале пути появились работы, в которых доказывалось, что артроскопия – ценный диагностический способ, затем в последующем возник интерес к ней, как наиболее щадящему способу оперативного лечения. Это позволило позднее приступить к более детальному изучению синовиальной оболочки коленного сустава, при помощи артроскопии, позволяющей установить, что во многих случаях она является причиной заболевания.

Постоянные синовиальные складки коленного сустава описаны давно. Еще в 1976 г. Iino описал наличие медиопателлярной складки (МПС), которая может вызывать жалобы у пациентов и, обобщив накопленный опыт, составил атлас топографической анатомии коленного сустава для артроскопии. Он подчеркнул, что

среди синовиальных складок, кроме множества непостоянных, есть три постоянные: plicae suprapatellaris, infrapatellaris, mediopatellaris. Из всех постоянных синовиальных складок наиболее часто подвергается повреждению и заболеваниям медиопателлярная складка.

Синовиальная оболочка покрывает полость сустава изнутри, за исключением суставных концов, покрытых хрящом. Она выстилает изнутри фиброзную оболочку, податливая и имеет множество складок, которые в большей или меньшей степени вдаются в полость сустава, заполняя при движениях свободные пространства, образуя вследствие несоответствия суставных поверхностей [2,3].

Plica mediopatellaris в виде дубликатуры синовиальной оболочки простирается от верхнемедиальной части жирового тела по внутренней медиальной поверхности полости коленного сустава вверх к plicae suprapatellaris. Поверхность медиопателлярной складки располагается во фронтальной плоскости. При разогнутом коленном суставе plicae mediopatellaris и